



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Die Methode des therapeutischen Lebensrückblicks bei Holocaust-Überlebenden

Forstmeier, Simon ; Maercker, Andreas ; van der Hal-van Raalte, E ; Auerbach, Martin

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-97745>
Journal Article

Originally published at:

Forstmeier, Simon; Maercker, Andreas; van der Hal-van Raalte, E; Auerbach, Martin (2014). Die Methode des therapeutischen Lebensrückblicks bei Holocaust-Überlebenden. *Psychotherapie im Alter*, 11:433-448.

Die Methode des therapeutischen Lebensrückblicks bei Holocaust-Überlebenden

*Simon Forstmeier (Zürich)¹, Andreas Maercker (Zürich),
Elisbeva A.M. van der Hal-van Raalte (Jerusalem)²
und Martin Auerbach (Jerusalem)*

Zusammenfassung

Viele Holocaust-Überlebende zeigen im Alter mehr Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), Angst- und depressiven Störung. Etablierte Behandlungsansätze der PTBS wie die prolongierte und narrative Expositionstherapie, die kognitiven Therapien und die psychodynamischen Therapien wurden besonders bei Kindern und (jungen) Erwachsenen evaluiert, kaum jedoch bei älteren Patienten. In der Alterspsychotherapie gehört die Lebensrückblickstherapie zu den wirksamsten Behandlungsformen einer Depression. In diesem Artikel wird eine Form der Lebensrückblickstherapie beschrieben, die narrative Exposition und kognitive Techniken integriert und dadurch eine altersadäquate Behandlungsform von Holocaust-Überlebenden darstellt. Ebenfalls werden Unterschiede zu einem Lebensrückblick im Rahmen einer psychodynamischen Therapie beschrieben und eine Studie vorgestellt, die die Wirksamkeit der Lebensrückblickstherapie und der psychodynamischen Therapie vergleichen wird.

Schlüsselwörter: Holocaust, Posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung, Depression, Lebensrückblickstherapie, Psychodynamische Therapie

Abstract: The method of therapeutical looking back at the life of holocaust-survivors

Many Holocaust survivors show in their later life symptoms of a post-traumatic stress disorder (PTSD), anxiety disorder or a depressive disorder. Established therapeutic treatment approaches of PTSD such as prolonged or the narrative exposition therapies, the cognitive therapies or the psychody-

¹ Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

² AMCHA, The National Israel Center for Psycho-Social Support of Survivors of the Holocaust and Second Generation, Jerusalem, Israel

namic therapies have been evaluated with children and (young) adults, but hardly ever with older patients. In geriatric psychotherapy one of the most effective way of treatment of a depression is the therapy which integrates narrative exposition and cognitive techniques, which will be described. It thus represents an age-adequate treatment of Holocaust survivors. The differences of looking back at their lives are described in the context of psychodynamic therapy and a survey, which compares these two different approaches.

Key words: Holocaust, posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety disorder, depression, therapy of looking back at the life, psychodynamic therapy

Der Holocaust und seine psychologischen Konsequenzen

Der Holocaust war eine der am meisten traumatisierenden Katastrophen, die jemals in der Weltgeschichte stattgefunden hatten. Während vieler Jahre erlebten Juden in Europa eine Vielzahl traumatisierender Ereignisse: Verfolgung und Flucht unter Lebensgefahr, Hungern, Kämpfe, Vergewaltigungen, erzwungener Transport, Trennung von der Familie, Konzentrationslager, Folter, Zeugnissen von Folter und Tod etc. Wenn man als Kind und Jugendlicher vor, während und nach dem Zweiten Weltkrieg lebte, war man mit diesen Verlusten konfrontiert (Dasberg 2001a).

Heute, sechs oder sieben Jahrzehnte später, ist die psychische Gesundheit von Holocaust-Überlebenden immer noch im Durchschnitt schlechter als die der Vergleichsgruppe, was in einer aktuellen Metaanalyse zusammengefasst wurde (Barel et al. 2010). Maladaptive Konsequenzen zeigten sich hauptsächlich bei Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), aber auch bei Depressions- und Angstsymptomen.

Aber auch adaptive Folgen sind möglich, die parallel mit den maladaptiven Konsequenzen existieren können. Holocaust-Überlebende berichten einen höheren Kohärenzsinn als eine Vergleichsgruppe (Cassel u. Siedfeld 2006). Sie drücken auch mehr Hoffnung für die Zukunft aus (Carmil u. Breznitz 1991) und geben bessere Bewältigungsfähigkeiten an (Harel et al. 1988). Wenn sie von ihrem Leben erzählen, berichten sie doppelt so viele positive bedeutungsvolle Lebensereignisse als negative (de Vries et al. 2005). Posttraumatische Reifung, d. h. »das Erleben von bedeutungsvollen Veränderungen im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit einer größeren Lebenskrise« (Calhoun et al. 2000, 521), kann auch in Holocaust-Überlebenden gefunden werden (Lev-Wiesel u. Amir 2003). Beispiele für derartige positive Veränderungen sind Wertschätzung für das Leben, Setzen neuer Lebensprioritäten,

die Wahrnehmung persönlicher Stärke, Identifikation neuer Möglichkeiten, engere Beziehungen und positive spirituelle Veränderungen.

Die Mehrheit der Holocaust-Überlebenden erlebt im Laufe des Lebens eine langsame Abnahme von PTBS-Symptomen, wobei Wiedererlebenssymptome seltener werden, Vermeidungssymptome dagegen häufiger (Trappler et al. 2002, Yehuda et al. 2009). Jedoch nehmen bei ca. 10% der Holocaust-Überlebenden die Symptome über die Jahre zu oder werden nach einem langen symptomfreien Intervall reaktiviert (Yehuda et al. 2009). Obwohl Überlebende also einen unglaublichen Adaptationsprozess zeigen, stellt das Altern neue Herausforderungen für diesen Adaptationsprozess dar. Altern ist mit dem Bedürfnis verbunden, auf das Leben zurückzuschauen, um die positiven und negativen Aspekte zu beurteilen und Sinn zu finden (Butler 1963). Wenn alte Menschen zurückblicken, können Erinnerungen diese frühen Erfahrungen von Trauma, Verlust und Deprivation reaktivieren und PTBS, Angst- und Depressionssymptome auslösen oder intensivieren. Außerdem kann die Konfrontation mit neuen Krisen (z. B. Berentung), Verlusten (Personen, Ressourcen) und traumatischen Ereignissen (z. B. Kriegshandlungen) die Kindheitserinnerungen reaktivieren (Solomon u. Milkulincer 2006).

Es besteht daher eine Notwendigkeit, Holocaust-Überlebenden heute in ihrem höheren Lebensalter eine angemessene psychotherapeutische Behandlung zur Linderung dieser Symptome unter Berücksichtigung ihrer adaptiven Bewältigungsmöglichkeiten anzubieten.

Etablierte psychologische Therapieansätze für Traumapatienten

Die PTBS-Forschung fokussierte bisher meist auf Kinder, Jugendliche und (jüngere) Erwachsene. Möglicherweise wegen einer generellen Vernachlässigung älterer Menschen in der Psychotherapieforschung wurden häufig Behandlungsstrategien mit Älteren angewendet, die ursprünglich für jüngere Erwachsene entwickelt wurden, ohne ihre Anwendbarkeit bei Älteren zu untersuchen (Nordhus et al. 1998).

Psychologische Behandlungsansätze für PTBS können grob eingeteilt werden in (Maercker 2009):

- > Traumafokussierte Ansätze, z. B. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- > Ansätze mit einem breiteren Fokus, also nicht nur auf das Trauma, sondern auch auf assoziierte Probleme wie Schuld, Ärger, Trauer und Depression, z. B. psychodynamische Therapien und nicht-direktive Beratung;

- Ansätze, die traumafokussierte Interventionen in die psychodynamische Behandlung integrieren (insbesondere kognitive und behaviorale).

Traumafokussierte Interventionen können weiter in expositionsfokussierte, kognitionsfokussierte und narrative Ansätze unterteilt werden (Böttche et al. 2011):

- Expositionsfokussierte Ansätze wie die prolongierte Expositionstherapie (Foa u. Rothbaum 1998) helfen dem Patienten, sich mit den traumatischen Erinnerungen (d.h. imaginativ) und traumabezogenen Situationen und Objekten (d.h. *in vivo*) zu konfrontieren. Wiederholte Exposition führt zu Habituation, die zu einer Reduktion der PTBS-Symptomatik führt. Metaanalysen fanden große Effektstärken (Bisson et al. 2007, Bradley et al. 2005, Foa et al. 2009, van Etten u. Taylor 1998). Eine aktuelle Übersicht über PTBS-Behandlungen im Alter stelle eine kontrollierte Studie und mehrere Einzelfallstudien heraus, die eine erfolgreiche Anwendung dieses Ansatzes im Alter demonstrieren (Böttche et al. 2011).

- Kognitionsfokussierte Ansätze wie die kognitive Therapie (Ehlers et al. 2005) oder die Cognitive Reprocessing Therapy (Resick u. Schnicke 1993) helfen dem Patienten, neue funktionale Bedeutungen für ein traumatisches Ereignis bzw. die Entwicklung nach diesem zu ermöglichen. Auch hierfür fanden sich in Metaanalysen große Effektstärken (Bisson et al. 2007, Bradley et al. 2005, Foa et al. 2009, van Etten u. Taylor 1998). Mit älteren Patienten gibt es bisher nur Fallstudien (Böttche et al. 2011).

- Narrative Ansätze integrieren Expositions- und kognitive Ansätze. Sie zielen darauf ab, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis zu rekonstruieren und diese in ein kohärentes Narrativ zu transformieren, um sie in die Biografie zu integrieren und die Bedeutung des Ereignisses umzudeuten. Die Narrative Expositionstherapie (Schauer et al. 2011) ist ein gut untersuchtes Beispiel mit belegter Wirksamkeit (Neuner et al. 2004).

Psychodynamische Therapien beruhen auf psychoanalytischen Traumatheorien. Freud (1955) nahm an, dass Trauma-Überlebende sowohl Intrusions- als auch Vermeidungssymptome erleben, dass diese Symptome einen zweiphasigen Versuch darstellen, das Trauma zu bewältigen, und dass diese zweiphasige Reaktion zu inneren Konflikten zwischen dem Integrieren der traumatischen Erinnerungen und dem Schützen gegen externe und interne Gefahren führt (Kudler et al. 2009). Neben dieser klassischen Psychoanalyse wird oft eine kürzere Form, die psychodynamische Psychotherapie, in der Behandlung von Traumapatienten angewendet. » *Psychodynamische Behandlung versucht, normale Mechanismen der Adaptation wieder anzuwenden, indem man sich mit dem Unbewussten beschäftigt und es, in tolerierbaren Dosen, bewusst macht. Die psychologische*

Bedeutung des traumatischen Ereignisses wird zunehmend verstanden im Kontext der einzigartigen Geschichte des Überlebenden, seiner Konstitution und Bestrebungen. Dies beinhaltet das kollaborative Sichten und Sortieren der Wünsche, Fantasien, Ängste und Schutzmechanismen, die durch das Ereignis hervorgerufen wurden« (Kudler et al. 2009, 364). Die empirische Evidenz für die »reine« psychodynamische Behandlung der PTBS kommt von Fallstudien erfolgreicher Therapien. Eine randomisierte, kontrollierte Studie (Brom et al. 1989) überprüfte die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie (Horowitz 2002, 2011). Patienten profitierten deutlich mehr als Personen in der Warteliste-Kontrollgruppe, und die Therapie war ähnlich wirksam wie die traumafokussierte Therapie.

Psychotherapie von Holocaust-Überlebenden und AMCHA

Über Jahrzehnte hinweg wurde die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen des Holocaust weitgehend vermieden, und sogar die Gesellschaft sowie Angehörige des Gesundheitssektors rieten von einer Beschäftigung ab (Danieli 1984, Laub 1995, Rossberg u. Lanssen 2003). Erst seit den frühen 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, also 40 Jahre später, begannen Überlebende in größerer Anzahl, ihre Holocaust-Ergebnisse in schriftlichen und visuellen Zeugnissen zu verarbeiten. Der Zweck dieser Zeugnisse war zunächst hauptsächlich die Aufklärung: zu lehren, zu erinnern und nicht zu vergessen. Mit der Einsicht, dass das Berichten der Lebensgeschichten auch positive Folgen für die Gesundheit nach sich zog, wurden Holocaust-Überlebende auch ermutigt, darüber im Psychotherapiesetting zu sprechen.

AMCHA, das »Nationale Zentrum für Psychosoziale Unterstützung von Holocaust-Überlebenden und deren Familien in Israel«, ist ein Pionier in der Unterstützung und Behandlung von Holocaust-Überlebenden. Es wurde 1987 von einer Gruppe von Überlebenden und Psychologen mit dem Ziel gegründet, andere Überlebende und deren Familien zu unterstützen und zu behandeln. Heute gibt es 14 Zentren in Israel mit über 350 Mitarbeitern aus dem psychischen Gesundheitssektor und fast 10.000 Klienten.

Die häufigste Behandlungsform für Holocaust-Überlebende in Israel beruht auf einem psychodynamischen Ansatz, der traumafokussierte Elemente wie imaginative oder behaviorale Exposition, kognitive Umdeutung und narrative Techniken integriert (Moss 2009). Die Behandlung hat typischerweise ein offenes Ende mit keiner festen Sitzungsanzahl. Kellermann (2001) fasst den Therapieansatz von AMCHA folgendermaßen zusammen: » *Um die persönlichen Anliegen und ihre individuellen therapeutischen Bedürfnisse*

zu erfüllen, wird den Überlebenden, die zu AMCHA kommen, ein breites Spektrum an Behandlungsoptionen angeboten. Meistens wird eine Kombination aus psychologischen, sozialen und ergotherapeutischen Ansätzen, unter anderem Einzel- und/oder Gruppen-Psychotherapie, psychosoziale Milieu-Therapie und soziale Fallarbeit angewendet« (205). Weitere Beschreibungen des Therapieansatzes bei AMCHA finden sich bei Durs (1999) und Dasberg (2001b, 2003).

Während sich eine derartige Kombination aus psychodynamischer Therapie und traumafokussierten Interventionen als wirksam in der PTBS-Behandlung erwiesen hat (Brom et al. 1989, Gersons et al. 2000), wurde sie bisher noch nicht systematisch in der Behandlung von Holocaust-Überlebenden untersucht.

Die Lebensrückblicktherapie als eine altersspezifische Behandlung einer PTBS

Ein Ansatz zur Behandlung älterer PTBS-Patienten besteht darin, die etablierten psychologischen Therapien, die eben beschrieben wurden, mit kleineren Adaptationen anzuwenden (z. B. Hyer u. Sohle 2001). Hier stellt sich allerdings die Frage, ob eine altersspezifische Behandlung von PTBS nicht adäquater ist. Das Altern wird mit Rückblicken auf das eigene Leben begleitet, um Gewinne und Verluste zu bewerten und Sinn in den früheren Erlebnissen zu finden (Butler 1963). Gerontologische Modelle halten einen Lebensrückblick für eine Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters (Erikson 1950). Daher scheint ein narrativer Ansatz sehr gut diesem natürlichen Bedürfnis älterer Menschen nach einem Lebensrückblick zu begegnen.

Bisherige Forschung zur Lebensrückblicktherapie

Seit Butler (1963) wurden verschiedene Formen des Lebensrückblicksansatzes vorgeschlagen und bei älteren Menschen angewandt. Einfache Reminiszenz, Lebensrückblick und Lebensrückblicktherapie können unterschieden werden (Westerhof et al. 2010). Einfache Reminiszenz kann als unstrukturiertes, autobiografisches Erzählen von Geschichten (meistens in Gruppen) mit dem Ziel des Kommunizierens, der Erinnerung positiver Ereignisse und der Förderung positiver Gefühle beschrieben werden. Der Lebensrückblick ist strukturiert, deckt üblicherweise die gesamte Lebensspanne ab und beinhaltet die Bewertung von Lebensereignissen sowie die Integration positiver und negativer Ereignisse in einer kohärenten Lebensgeschichte (meist im

Einzelsetting) (Haight u. Haight 2007). Lebensrückblicktherapie bezeichnet die Verwendung der Methode des Lebensrückblicks bei Personen mit psychischen Störungen wie Depression oder PTBS.

Die meisten Studien zur Wirksamkeit der Lebensrückblicktherapie fokussieren die Depression im höheren Lebensalter. Eine Metaanalyse, die den Effekt vom kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), psychodynamischer Therapie, Lebensrückblick und anderen Interventionen auf klinisch depressive ältere Menschen verglichen hat, fand große Effektstärken für den Lebensrückblick ($d = 1.00$) und und die KVT ($d = 1.12$) sowie mittlere Effektstärken für die psychodynamische Therapie ($d = 0.76$) (Pinquart et al. 2007). Die Lebensrückblicktherapie, d. h. die strukturierte, an Personen mit psychischen Störungen eingesetzte Variante, ist dabei noch wirksamer ($g = 1.28$) als ein Lebensrückblick für Personen ohne schwerere psychische Störungen sowie Reminiszenz, d. h. die unstrukturierte Variante (Pinquart u. Forstmeier 2012). Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Lebensrückblicktherapie nicht nur dem natürlichen Bedürfnis älterer Menschen, das eigene Leben zu beurteilen, begegnet, sondern auch hochwirksam in der Behandlung depressiver Störungen ist.

Es gibt leider einen Mangel an Wirksamkeitsstudien zum Effekt der Lebensrückblicktherapie auf PTBS-Symptome bei älteren Menschen. Dies ist insbesondere deswegen überraschend, weil es sehr gute Erfahrungen mit narrativen Ansätzen in der PTBS-Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gibt. Die oben erwähnte Narrative Expositionstherapie (Schauer et al. 2011) ist eine traumafokussierte Intervention, die einen Lebensrückblick mit einer Betonung traumatischer Ereignisse beinhaltet und gute Wirksamkeit gezeigt hat (Neuner et al. 2004).

Maercker (2002) kombinierte die Lebensrückblicktherapie (Haight u. Haight 2007), die sich bei depressiven älteren Menschen als wirksam erwiesen hatte, mit einer narrativen Exposition traumatischer Ereignisse, ähnlich der Narrativen Expositionstherapie. Die Ziele dieser erweiterten Lebensrückblicktherapie sind es,

1. eine ausgeglichene Evaluation des Lebens zu ermöglichen, in der sowohl negative als auch positive Erfahrungen berücksichtigt werden,
2. den Prozess der Sinnfindung für kritische Lebensereignisse und den Lebenslauf im Allgemeinen zu unterstützen und
3. Erinnerungen an traumatische Ereignisse zu rekonstruieren und sie in ein kohärentes Narrativ zu transformieren, um sie in die Biografie zu integrieren. Er berichtete drei Fallstudien, die Hinweise darauf geben, dass diese Lebensrückblicktherapie bei deutschen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges wirksam ist (Maercker 2002).

Auf diesen Fallstudien aufbauend haben Knaevelsrud, Böttche und Kuwert (2011) die Integrative Testimonial Therapie (ITT) entwickelt, eine inter-nethasierte Schreibtherapie, die die Lebensrückblicktherapie mit narrativer Exposition und kognitiver Umstrukturierung kombiniert. Vorläufige Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie mit einer Stichprobe älterer PTBS-Patienten, die als Kinder während des Zweiten Weltkrieges traumatisiert wurden, zeigen, dass diese Therapie PTBS- und Angstsymptome signifikant reduziert (Böttche et al. 2011).

Forschung zum Lebensrückblick bei Holocaust-Überlebenden

Der narrative Ansatz scheint, ebenso wie der Lebensrückblick, auch besonders gut den Bedürfnissen von Holocaust-Überlebenden zu entsprechen. Das legt zum Beispiel eine Studie zum autobiografischen Selbstoffenbaren nahe, die Holocaust-Überlebende mit einer Kontrollgruppe von Juden verglich, die keine Nazi-Verfolgung erlebt hatten (Cassel u. Suedfeld 2006). Die Holocaust-Überlebenden beurteilten die Wichtigkeit, ihre Geschichte Familienangehörigen oder anderen zu erzählen, höher als die Kontrollgruppe. Sie beurteilten auch den Effekt, den das Erzählen ihrer Erlebnisse hat, positiver. Das Bedürfnis, auf Vergangenes zurückzublicken und Erinnerungen in einen kohärenten Zusammenhang des Lebens zu stellen, ist möglicherweise besonders wichtig für Holocaust-Überlebende, weil es »*notwendig wird für die Konstruktion und Aufrechterhaltung des alternden Selbst, und notwendig, um sicherzustellen, dass die intergenerationale Kette der Erinnerungen nicht zerbricht*« (Lomranz 2005, 256). Hinzu kommt, dass das öffentliche Interesse an den Erlebnissen der Überlebenden diese ermutigen mag, ihre Lebensgeschichten zu offenbaren. Verschiedene Bücher wurden geschrieben, die persönliche Geschichten («Zeugnisse») von Holocaust-Überlebenden beinhalten (z.B. Keilson 1992, Kestenberg u. Brenner 1996). Außerdem kann das Erzählen der Geschichte von den Überlebenden als eine Art Dienst und Warnung für die zukünftigen Generationen angesehen werden (Suedfeld et al. 2005).

Während es keine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit der Lebensrückblicktherapie für Holocaust-Überlebende gibt, unterstützt die experimentelle und narrative Forschung zu Lebensgeschichten von Holocaust-Überlebenden die Annahme, dass sie bei dieser Zielgruppe wirksam sein wird. In einer experimentellen Studie zeigte sich, dass das Ausmaß der Selbstoffenbarung während des Erzählens der Lebensgeschichte positiv mit der langfristigen Gesundheit nach dem Interview korreliert (Pennebaker et al. 1989).

Schiff (2005) interviewte systematisch einen Holocaust-Überlebenden 1982 und 1995. Er fand, dass zwar die Struktur und der allgemeine Inhalt des Narrativs über die Zeit hoch konsistent blieb, das spätere Narrativ aber stärker entwickelt war und neue Interpretationen sowie historische Erkenntnisse integrierte. Dieses qualitative Ergebnis legt nahe, dass Holocaust-Überlebende möglicherweise für eine Neubewertung ihres Lebens offen sind, wenn sie auf bedeutsame Ereignisse zurückblicken.

Als sie die Lebensnarrative von Holocaust-Überlebenden mit zwei Kontrollgruppen (einer jüdischen und einer nicht-jüdischen) verglichen, fanden de Vries et al. (2005), dass die meisten der berichteten Ereignisse in allen drei Gruppen positiv waren. Holocaust-Überlebende berichteten häufiger über Ereignisse aus dem Zweiten Weltkrieg, Geburten in der Familie und beziehungsbezogene Ereignisse. Sie berichteten weniger häufig über negative Ereignisse – mit Ausnahme der Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg – als die Kontrollgruppen, die häufiger von Krankheit und Todesfällen in der Familie berichteten. Diese Befunde sprechen dafür, dass Holocaust-Überlebende auch positive Lebensereignisse erinnern und erzählen, aber dass sie Hilfe benötigen, um negative Erlebnisse außer den holocaustbezogenen Ereignissen zu berichten.

Der therapeutische Lebensrückblick bei Holocaust-Überlebenden

Basierend auf den guten Erfahrungen und Wirksamkeitsnachweisen zur Lebensrückblicktherapie bei Depression und PTBS sowie den Überlegungen zum Lebensrückblick von Holocaust-Überlebenden haben die Autoren eine Lebensrückblicktherapie für Holocaust-Überlebende (Life Review Therapy for Holocaust Survivors, LRT-HS) entwickelt. Dieser strukturierte Therapieansatz besteht aus sechs Modulen (ca. 20 Sitzungen), die im Folgenden beschrieben werden.

Modul 1: Einleitung und Motivation, Diagnostik und Zielsetzung

In der einleitenden Sitzung wird erklärt, warum ein Lebensrückblick zur Behandlung der Symptome vorgeschlagen wird, indem die Folgen eines Lebensrückblicks beschrieben (Lebensbilanzierung, Sinnfindung, Rekonstruktion des Traumagedächnisses etc.) und in Zusammenhang mit einer Symptomreduktion gebracht werden. Es wird auch die Verwendung von Fotos und anderen Erinnerungsrückständen erläutert sowie das Lebensbuch eingeführt. Letzteres ist ein Nebenprodukt der Lebensrückblicktherapie und besteht aus einer Auswahl von Fotos, die vom Patienten selbst ausgewählt werden, um sein Leben zu

repräsentieren (mit Überschriften über den Fotos). In einer diagnostischen Sitzung werden Symptome, Ressourcen und soziale Faktoren erfasst. Um einen Überblick über das Leben und über potenziell kritische oder traumatische Lebensereignisse zu gewinnen, wird die sogenannte »Timeline« ausgefüllt. Es handelt sich um ein Arbeitsblatt, auf dem rechts neben einem Zeitstrahl historische Ereignisse betreffend Israel stehen und links persönliche Ereignisse notiert werden. Schließlich werden individuelle Ziele besprochen und notiert, um sicherzugehen, dass gemeinsame und realistische Ziele angestrebt werden.

Modul 2: Strukturierter Lebensrückblick

Modul 2 und 3 sind die zentralen Bestandteile der Therapie. Im strukturierten Lebensrückblick werden die Lebensphasen nacheinander mit ein bis zwei Sitzungen pro Lebensphase durchgegangen und Fragen nach positiven und negativen Erlebnissen gestellt. Die sich immer wiederholende Grundstruktur besteht aus drei Elementen (Haight u. Haight 2007): Der Psychotherapeut stellt eine Frage, die eine Erinnerung anregen soll, er hört dem Patienten aufmerksam zu und reagiert angemessen auf die Erzählung des Patienten. Haight und Haight (2007) haben eine Sammlung von typischen Fragen vorgelegt, die für diese Therapie weitgehend übernommen und adaptiert wurde. Allerdings sind die aufgelisteten Fragen nur Vorschläge und nicht alle und auch nicht unbedingt in der vorgegebenen Reihenfolge zu erfragen. Auch Fotos und andere Erinnerungsgegenstände dienen als Hinweisreize für Erinnerungen. Die angemessene Reaktion des Therapeuten kann beispielsweise darin bestehen, dass er Gefühle reflektiert, nach Bedeutungen von Ereignissen fragt, paraphrasiert, zusammenfasst und reframed. Um dem Patienten zu zeigen, dass ein Ereignis auch anders interpretiert werden kann, wird es reframed, d. h. neu formuliert oder in einen neuen Kontext gestellt. Der Patient wird ermutigt, von einer neuen Perspektive aus auf das Ereignis zu schauen. In den letzten fünf bis zehn Minuten jeder Sitzung wird das Lebensbuch um eine oder mehrere Seiten ergänzt (Fotos mit Überschriften, Liste positiver Erfahrungen, Liste negativer Erfahrungen). In der letzten Sitzung des Moduls 2 werden die Erfahrungen zusammengefasst, noch einmal evaluiert und integriert. Neubewertungen und Neuentscheidungen sind in dieser Therapiephase typisch.

Modul 3: Narrative Konfrontation mit dem Ereignis

Die Sitzungen dieses Moduls finden nicht *nach* dem Lebensrückblick (Modul 2), statt, sondern an geeigneten Stellen *zwischen* den Sitzungen des Lebensrückblicks. Die Regel lautet, dass die Besprechung traumatischer Ereignisse

(narrative Konfrontation) *vor* der Sitzung stattfindet, in der die Lebensphase, in der das traumatische Ereignis geschehen ist, besprochen wird. Da die Zeit vor, während und nach dem Holocaust für den Patienten eine Reihe von traumatischen Ereignissen beinhalten kann (Verfolgung und Flucht, Kämpfe, Vergewaltigung, Transport, Trennung von der Familie, Arbeitslager/Konzentrationslager, Folter, Miterleben von Folter und Tod etc.), werden meist mehrere dieser Ereignisse mit derselben Fragetechnik jeweils in ein bis zwei Sitzungen bearbeitet. Zunächst gewinnt der Therapeut mit geeigneten Fragen einen Überblick über die Erlebnisse in einem bestimmten Kontext. Dann wird der Kontext eines Ereignisses geklärt (Ort, Zeit, Personen etc.). Kern ist das mehrfache Durchsprechen von Details des Ereignisses. Mit der Zeit (und mit dem mehrmaligen Erzählen des Narrativs) reduzieren sich die physiologische Erregung und die emotionale Beteiligung (Habitation). Dann kann das Narrativ beendet werden. Zum Abschluss dieser oder in der darauffolgenden Sitzung wird nach positiven Veränderungen durch das Überstehen des Traumas gefragt.

Modul 4: Bearbeiten von »stuck points«

Modul 4 dient der Verfestigung der therapeutischen Errungenschaften aus dem Lebensrückblick und der narrativen Konfrontation. Traumatische Erfahrungen verändern auch Einstellungen, Gedanken und Annahmen über sich selbst, andere und die Welt. Wenn ein Patient an einzelnen dysfunktionalen Gedanken hängen geblieben ist, was eine weitere Symptomverbesserung verhindert, kann man von »stuck points« sprechen (siehe Cognitive Reprocessing Therapy: Resick u. Schnicke 1993). Im Rahmen dieser Therapie werden insbesondere Gedanken im Zusammenhang mit Schuldgefühlen, Schamgefühl, Ärger/Wut und Wertschätzung der eigenen Person und anderer berücksichtigt.

Folgende therapeutische Strategie wird eingesetzt, um stuck points zu bearbeiten: Zunächst werden die dysfunktionalen Gedanken mit geeigneten Fragen herausgefordert, dann werden im »sokratischen Dialog« funktionale Gedanken herausgearbeitet. Abschließend wird ein Brief an das Kind, den Jugendlichen oder den jungen Erwachsenen geschrieben, der der Patient war, als sich das traumatische Erlebnis ereignete.

Modul 5: Das Leben zurückerobern

In diesem letzten Modul werden die bisher vollzogenen Verhaltensänderungen gewürdigt und gegebenenfalls weitere Verhaltensänderungen explizit geplant und verstärkt. Zwei Gruppen von Aktivitäten werden dabei besonders thematisiert: soziale Kontakte und angenehme Aktivitäten. Der Patient wird

ernütert, biografische Ereignisse und Einsichten Angehörigen mitzuteilen und ihnen das Traumanarrativ vorzulesen. Er wird auch dazu angeleitet, eine individuelle Liste angenehmer Aktivitäten zu erstellen, deren Umsetzung im Alltag zu planen und durchzuführen.

Modul 6: Beenden der Therapie

In der Schlussitzung werden die Therapieziele überprüft sowie Pläne für die nächsten Monate gemacht.

Gepante Studie

Die beschriebene Lebensrückblicktherapie für Holocaust-Überlebende wird in einem Kooperationsprojekt der Universität Zürich und AMCHA durchgeführt. Unseres Wissens gibt es bisher keine kontrollierte Studie, welche die Wirksamkeit der Psychotherapie von Holocaust-Überlebenden überprüft hat. Dies gilt nicht nur für psychodynamische Therapien, sondern auch für traumafokussierte Ansätze wie die KVT und narrative Therapien. Daher ist das allgemeine Ziel unseres Forschungsprojektes, die Wirksamkeit einer integrativen, altersspezifischen Behandlung der PTBS und anverwandter psychischer Probleme (Depression, Angst, Prolongierte Trauer) in Holocaust-Überlebenden zu überprüfen.

Der typische psychotherapeutische Ansatz bei AMCHA beinhaltet auch eine Art Lebensrückblick, insbesondere bezüglich der Zeit vor, während und nach dem Holocaust. Die beschriebene Lebensrückblicktherapie unterscheidet sich allerdings hinsichtlich dreier Aspekte von diesem Ansatz bei AMCHA und anderen Therapien in Israel insgesamt:

1. *Hoher Strukturierungsgrad*: Ein Lebensrückblick kann unterschiedliche Strukturierungsgrade aufweisen, wobei sich hochstrukturierte Ansätze als wirksamer als weniger strukturierte erwiesen haben (Pinguet u. Forstmeier 2012). Der Lebensrückblickansatz bei AMCHA ist psychodynamisch orientiert und weniger strukturiert. Wir wenden einen hoch strukturierten Ansatz an (Haight u. Haight 2007, Maercker 2002).
2. *Narrative Exposition*: Über traumatische Erlebnisse zu sprechen, erfordert immer eine Art von Exposition. Narrative Exposition, welche auf dem Modell der Habituation beruht, unterscheidet sich von psychodynamischen Formen in Bezug auf die konkrete Prozedur während der Exposition. Die in der vorgestellten Lebensrückblicktherapie eingesetzte narrative Exposition basiert auf dem Habitationsmodell und hat sich bereits als wirksam in

der Behandlung von PTBS erwiesen (Böttche et al. 2011, Maercker 2002, Neuner et al. 2004).

3. *Zusätzliche Interventionen*: Der Lebensrückblick wurde in der gerontologischen und nicht der psychotherapeutischen Forschung entwickelt (Butler 1963, Haight u. Haight 2007). Wenn ein Lebensrückblick im psychotherapeutischen Setting eingesetzt wird, haben Therapeuten festgestellt, dass er Prozesse stimuliert, die unter Anwendung von zusätzlichen Interventionen noch weitere Aufmerksamkeit erhalten sollten (Knaevelsrud et al. 2011, Maercker 2002). Daher wurden zwei relativ kurze Interventionen angefügt, die die Aspekte der Integrationsitzung am Ende des Lebensrückblicks weiterführen, das »Bearbeiten von stuck points« und das »Leben zurückerobern«.

Die Lebensrückblicktherapie wird mit der Standardtherapie (psychodynamischer Ansatz), wie sie bei AMCHA durchgeführt wird, verglichen. Die Therapeuten wenden dabei flexibel ein Behandlungsmanual an, das an den individuellen Patienten und seine Beschwerden angepasst wird. Alle Therapeuten sind Psychotherapeuten mit Master-Abschluss und Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren.

Zielgruppe sind Holocaust-Überlebende, die 1945 oder früher in Europa geboren wurden und während des Zweiten Weltkriegs durch das Naziregime Verfolgung bzw. Konzentrationslager erlebt, Folter und Tod miterlebt sowie massive und komplizierte Verluste erfahren haben. Jeder Patient erhielt eine oder mehrere folgender Diagnosen: PTBS, komplexe PTBS, depressive Störung (Major Depression, Minor Depression oder Dystymie), Angststörung, Prolongierte Trauerstörung. Personen mit möglicher Demenz (MMSE < 26), akuter psychotischer Störung oder akuter Suizidalität werden ausgeschlossen.

Neben dem Ziel, die Wirksamkeit der Lebensrückblicktherapie für Holocaust-Überlebende als alleinige Behandlung (im Vergleich zu einer psychodynamischen Standardbehandlung) zu überprüfen, hat das Forschungsprojekt als weiteres Ziel, die Lebensrückblicktherapie für Holocaust-Überlebende als gesonderte Behandlungsphase innerhalb einer psychodynamischen Therapie mit offenem Ende zu evaluieren. Patienten, bei denen der Therapieprozess in einer bestehenden Therapie ins Stocken geraten zu sein scheint, erhalten 20 Sitzungen Lebensrückblicktherapie, danach fährt die gewohnte psychodynamische Behandlung fort.

Schließlich wird in diesem Forschungsprojekt das Ziel verfolgt, Gruppen von Patienten zu identifizieren, die besonders von der Lebensrückblicktherapie profitieren. Wir hoffen, dass dieser Therapieansatz die Lebensqualität alternder Holocaust-Überlebender nachhaltig verbessert.

Literatur

- Barclay E, Van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A, Bakermans-Kranenburg MJ (2010) Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of genocide. *Psychol Bull* 136: 677–698.
- Bisson JJ, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Richards ST (2007) Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiatr* 190: 97–104.
- Böttche M, Kuwert P, Knaevelsrud C (2011) Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches. *Int J Geriatric Psychiatr* 27: 230–239.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 162: 214–227.
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clinical Psychol* 57: 607–612.
- Butler RN (1963) The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 26: 65–76.
- Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J (2000) A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *J Traumat Stress* 13: 521–527.
- Carmil D, Breznitz S (1991) Personal trauma and world view: Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religion beliefs, and future orientation? *J Traumat Stress* 4: 393–405.
- Cassel L, Suedfeld P (2006) Salutogenesis and autobiographical disclosure among Holocaust survivors. *J Positive Psychol* 1: 212–225.
- Danieli Y (1984) Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the holocaust. *Psychoanalytic Psychol* 1: 23–42.
- Dasberg H (2001a) Adult child survivor syndrome: On deprived childhoods of aging Holocaust survivors. *Israel J Psychiat Related Sciences* 38: 13–26.
- Dasberg H (2001b) Narrative group therapy with aging child survivors of the Holocaust. *Israel J Psychiat Related Sciences* 38: 27–35.
- Dasberg H (2003) Erzähltherapie in Gruppen alternder Child Survivors des Holocaust. In: Rosberg A, Lansen J (Hg) *Das Schweigen brechen – Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa*. Frankfurt (Peter Lang) 311–348.
- de Vries B, Suedfeld P, Krell R, Blando J, Southard P (2005) The Holocaust as a context for telling life stories. *Int J Aging Human Development* 60: 213–228.
- Durst N (1999) Psychotherapeutisches Arbeiten mit Überlebenden des Holocaust. *Z Polit Psychol* 7: 101–112.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M (2005) Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 43: 413–431.
- Erikson EH (1950) *Childhood and society*. New York (Norton).
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (2009) *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2 ed.). New York (Guilford).
- Foa EB, Rothbaum BO (1998) *Treating the trauma of rape*. New York (Guilford).
- Freud S (1955) *Beyond the principle of pleasure*. In: Strachey J (Hg) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18). London (Hogarth Press) 1–64.
- Forstmeier et al.: Die Methode des therapeutischen Lebensrückblicks ...
- Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD, van der Kolk BA (2000) Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J Traumat Stress* 13: 333–347.
- Haight BK, Haight BS (2007) *The handbook of structured life review*. Baltimore (Health Professions Press).
- Harel Z, Kahana B, Kahana E (1988) *Psychological well-being among Holocaust survivors and immigrants in Israel*. *J Traumat Stress* 1: 413–429.
- Horowitz MJ (2002) *Treatment of stress response syndromes*. Washington, DC (American Psychiatric Publishing).
- Horowitz MJ (2011) *Stress response syndromes* (5 ed.). New York (Aronson).
- Hyler LA, Sohmlé SJ (2001) *Trauma among older people*. Philadelphia (Brunner/Routledge).
- Keilson H (1992) *Sequential traumatization in children: A clinical and statistical follow-up study on the fate of the Jewish war orphans in the Netherlands*. Jerusalem. Israel (Manges Press).
- Kellermann NPF (2001) *The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma*. *J Loss Trauma* 6: 197–218.
- Kestenberg JS, Brenner I (1996) *The last witness: The child survivor of the Holocaust*. Arlington, VA (American Psychiatric Press).
- Knaevelsrud C, Böttche M, Kuwert P (2011) *Integrative Testimonial Therapie (ITT): Eine biographisch-narrative Schreibtherapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei ehemaligen Kriegskindern des Zweiten Weltkrieges*. Psychotherapie im Alter 8: 27–41.
- Kudler HS, Krupnick JL, Blank AS, Hermann JL, Horowitz MJ (2009) *Psychodynamic therapy for adults*. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (Hg) *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York (Guilford Press) 346–369.
- Laub D (1995) *Truth and testimony: The process and the struggle*. In: Caruth C (Hg) *Trauma-Explorations in memory*. Baltimore (Johns Hopkins University Press) 61–75.
- Lev-Wiesel R, Amir M (2003) *Posttraumatic growth among Holocaust child survivors*. *J Loss Trauma* 8: 229–237.
- Lomranz J (2005) *Amplified comment: The triangular relationships between the Holocaust, aging, and narrative gerontology*. *Int J Aging Human Development* 60: 255–267.
- Maercker A (2002) *Life-review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: Rationale and report on three single cases*. *J Clinical Geropsychology* 8: 239–249.
- Maercker A (Hg) (2009) *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3 ed.). Heidelberg (Springer).
- Moss E (2009) *The place of psychodynamic psychotherapy in the integrated treatment of post-traumatic stress disorder and trauma recovery*. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 46: 171–179.
- Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Elbert T (2004) *A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African Refugee Settlement*. *J Consult Clin Psychol* 72: 579–587.
- Nordhus IH, Vandenbos GR, Berg S, Fromholt P (Hg) (1998) *Clinical Geropsychology*. Washington, DC (APA).
- Pennebaker JW, Barger SD, Tiebout J (1989) *Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors*. *Psychosomatic Medicine* 51: 577–589.
- Pingaut M, Duberstein PR, Lyness JM (2007) *Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis*. *Aging and Mental Health* 11: 645–657.

Übersicht

- Pinguart M, Forstmeier S (2012) Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging and Mental Health* 16: 541–558.
- Resick PA, Schnicke MK (1993) *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA (Sage).
- Rosberg A, Lansen J (Hg) (2003) *Das Schweigen brechen – Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa*. Frankfurt (Peter Lang).
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2 ed.). Cambridge, MA (Hogrefe).
- Schiff B (2005) Telling it in time: Interpreting consistency and change in the life stories of Holocaust survivors. *Int J Aging Human Development* 60: 189–212.
- Solomon Z, Mikulincer M (2006) Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry* 163: 659–666.
- Suedfeld P, Soriano E, McMurtry DL, Paterson H, Weisbeck TL, Krell R (2005) Erikson's »Components of a Healthy Personality« among Holocaust survivors immediately and forty years after the war. *Int J Aging Human Development* 60: 229–248.
- Trappler B, Braunstein J, Moskowitz G (2002) Holocaust survivors in a primary care setting: Fifty years later. *Psychological Reports* 91: 545–552.
- van Erten ML, Taylor S (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychol Psychoth* 5: 126–144.
- Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, Webster JD (2010) Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Aging and Society* 30: 697–721.
- Yehuda R, Schmeidler JEL, Bell A, Morris A, Zemelman S et al. (2009) Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging Holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119: 25–34.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Simon Forstmeier
 Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie
 Universität Siegen
 Adolf Reichweinstr. 2
 57068 Siegen
 Simon.forstmeier@uni-siegen.de

Dr. Elisheva A.M. vander Hal-van Raalte
 Dr. Martin Auerbach
 AMCHA, The national Isreal Center of Psycho-Social Support of Survivors of the Holocaust and Second Generation
 23, Hillel str.
 P.O. Box. 2930
 Jerusalem 91029
 Israel